AUS DER TÜBINGER UNIVERSITÄTS-AUGENKLINIK.

EIN BEITRAG ZUR CASUISTIK DER SYMPATHISCHEN OPHTHALMIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. GUSTAV SCHLEICH
O. Ö. PROFESSOR DER AUGENHEILKUNDE UND VORSTAND DER OPHTHALMIATRISCHEN KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDICINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

OTTO HENKE
APPROB. ARZT AUS TÜBINGEN.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

TÜBINGEN, 1901.
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät
der Universität Tübingen.

Referent: Professor Dr. **Schleich.**

DRUCK VON H. LAUPP JR IN TÜBINGEN

Im Nachstehenden sei die Krankengeschichte eines Falles von sympathischer Ophthalmie eingehend mitgeteilt, welcher zu den zwar wohlbekannten und sicher gestellten, aber doch nicht gerade häufig vorkommenden, in der Lehre der so vielfach studierten und auch heute noch nicht völlig klargelegten Erkrankung für manche nicht unwesentliche Punkte, speziell auch nach der Richtung der Therapie eine gewisse Rolle spielenden Fällen gehört, in welchen die Erkrankung des sympathisierten Auges kurze Zeit nach der Enucleation des sympathisierenden Auges aufgetreten war. Der Fall, in welchem nach den heutigen Anschauungen ein Zweifel an der Diagnose nicht bestehen kann, bietet noch das weitere Interesse dar, als er, zu den neuerdings entschieden häufiger gewordenen leichteren Fällen gehörend, zu den definitiv geheilten gezählt werden kann, da über ein Jahr das Auge völlig entzündungsfrei gewesen ist und damit auch die bekannte Thatsache bestätigt wird, dass in den Fällen von sympathischer Erkrankung des zweiten Auges nach Enucleation des sympathisierenden Auges die Heilung die Regel ist. —

Krankengeschichte: Journal No. 3641. 1899.

Anamnese: Patientin, 15jähriges Mädchen, Taglöhnerstochter, die ohne Begleitung in die Klinik kommt, giebt zunächst an, vor 8 Tagen sei sie bei landwirtschaftlicher Arbeit am rechten Auge verletzt worden, indem ihr bei der Arbeit an einer Getreideputzmaschine ein starker Strohhalm ins rechte Auge gestossen worden sei, worauf sie einen zwar unbedeutenden Schmerz verspürt, nach starkem Thränen aber wieder gut gesehen habe. Sie habe der Sache deshalb anfangs keine Bedeutung beigemessen und erst allmählich habe sie eine Abnahme des Sehvermögens bemerkt, die in den letzten Tagen sehr rasch zugenommen habe, so dass sie jetzt mit dem Auge gar nichts mehr sehe; erst jetzt befragte sie einen Arzt, der sie alsbald in die Klinik wies. — Mit Rücksicht auf den näher zu beschreibenden Befund bei der ersten Unter-

suchung musste in diese Angabe begründeter Zweifel gesetzt werden, da die scharfrandige Wunde in der Wand des Augapfels nicht wohl durch die angegebene Art der Verletzung entstanden sein konnte. Es wurde auch diesem Zweifel der Patientin gegenüber bestimmter Ausdruck gegeben und sie wurde wiederholt eingehend über den Vorgang bei der Verletzung befragt, doch blieb sie sehr entschieden bei ihrer Behauptung bis nach der 31 Tage nach der Aufnahme vorgenommenen Enucleation. Es möge gleich hier berichtet werden, dass die Patientin, als sie aus der Narkose nach der Enucleation erwachte, angab, dass sie sich selbst beim Auftrennen einer Naht mit einer spitzen Scheere ins Auge gestochen habe, und bei dieser Angabe bis heute geblieben ist. Die ursprünglich falsche Angabe habe sie gemacht, weil sie von ihren Eltern dazu aufgefordert worden sei, damit sie eine Rente von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft erhalte. — Beide Augen seien früher gleich und sehr gut gewesen. —

Status praesens: Kleines, etwas schmächtiges, übrigens gesundes Mädchen, von 34 Kgr. Körpergewicht. — Das linke Auge ist äusserlich und ophthalmoskopisch unter Homatropin untersucht normal. Sehschärfe $\frac{5}{5} - \frac{5}{4}$, Hypermetropie 0,5. Jäger No. 1. Pupille reagiert prompt. In der Umgebung des linken Auges sind durchaus normale Verhältnisse. Ebenso sind die Thränenwege normal. — Das rechte Auge zeigt guten Lichtschein, Projektion nach oben etwas defekt. Leichte Schwellung des oberen Lides. Conjunctiva palpebrarum und Uebergangsfalte zeigen etwas vermehrte Rötung. Am Bulbus ist eine mässige Ciliarinjektion zu erkennen. Nach oben innen findet sich eine zur Hälfte in der Cornea, zur Hälfte in der Sclera liegende, von oben aussen schräg nach unten innen verlaufende, 9 mm lange Wunde mit glatten, scharfen Rändern, welche in ihrer ganzen Ausdehnung die Wand des Bulbus perforiert. Die scharfen Wundränder zeigen die Beschaffenheit einer Stich- resp. Schnittwunde. Die Wundränder stehen etwas von einander ab; zwischen denselben liegt eine braune etwas unregelmässig vorgebuckelte Partie prolabierter Iris und Ciliarkörpers. Der in der Sclera liegende Teil der Wunde klafft stärker und der äussere Wundrand steht höher als der innere. Auf der Oberfläche des vorgefallenen Teils der Iris und des Ciliarkörpers liegt eine dünne grauliche Exsudatmembran, die sich mit der Pincette leicht abziehen lässt. Die Ränder der in der Cornea liegenden Wunde sind nur ganz wenig in einem schmalen

Saum getrübt. Die Cornea ist leicht angehaucht, das Epithel ganz leicht trüb und etwas unregelmässig. In der gefüllten vorderen Kammer finden sich auf den Wänden derselben eine grosse Anzahl kleiner Blutgerinnsel und Flocken, wodurch das Gewebe der Iris etwas verschwommen erscheint. Die Iris scheint etwas verdickt und geschwellt. Am freien Pupillarrand in der nach oben verzogenen Pupille, — der obere Rand fehlt — ist kein iritisches Exsudat. In der Pupille ist die etwas getrübte Linse. Die Kapselwunde ist nicht zu erkennen. Wegen der Linsentrübung erhält man keinen roten Reflex aus der Pupille. Die Spannung ist herabgesetzt. Nirgends Schmerzhaftigkeit auf Betasten des Augapfels. —

Diagnose: Links normale Verhältnisse.

Rechts: Perforierende (Schnitt-)Wunde in der Cornea und Sclera. Vorfall der Iris und des Ciliarkörpers. Wundstar. Ausser einer nicht ausgesprochenen, sogar zweifelhaften Verdickung und Schwellung der Iris sind keine Zeichen einer inneren auf Infektion beruhenden Entzündung vorhanden, welche letztere sich zwar auch nicht sicher ausschliessen lässt. Eitrige Entzündung ist nicht mehr zu befürchten.

Es wird deshalb konservative Therapie versucht und alsbald in Narkose der mit den Wundrändern verklebte, in der Wunde liegende Iris- und Ciliarkörpervorfall ausgiebig abgetragen, wobei eine ziemliche Blutung in die vordere Kammer entsteht. Die Conjunctiva wird an den Wundrändern ausgiebig abpräpariert und die dadurch entstandenen Conjunctivallappen durch 2 Nähte vereinigt, wodurch ein grosser Teil auch der Cornealwunde bedeckt wird. — Verband. Bettruhe.

Da Patientin keinerlei Beschwerden und Schmerzen angiebt, wird der Verband $2^1/_2$ Tage liegen gelassen. Beim ersten Verbandwechsel findet sich fast kein Sekret. Die Conjunctiva ist über der Cornealwunde etwas nach oben retrahiert. In dem oberen Wundwinkel sieht man etwas Pigment (Irisrest) und eine stecknadelkopfgrosse ganz klare Glaskörperperle. Die Cornea ist klar. Die vordere Kammer zeigt normale Dimensionen. Das Blut in der vorderen Kammer ist resorbiert. Pupillarrand ist scharf. In der vorderen Kammer findet sich kein Exsudat. Das Irisgewebe ist ziemlich scharf und deutlich. Kammerinhalt ist klar. Irgend welche Beschwerden sind nicht vorhanden. Schmerzhaftigkeit auf Berührung wird nicht angegeben, insbesondere nicht bei Abtasten

der Ciliarkörpergegend ringsum. Handbewegungen werden richtig angegeben.

In den folgenden Tagen wird Atropin angewendet. Die kleine Lücke im oberen Wundwinkel, in welcher etwas Glaskörper vorlag, schliesst sich.

Zu Beginn der zweiten Woche nach der Aufnahme wird das Auftreten eines dünnen Exsudats in der Pupille bemerkt, die sich nur nach unten an umschriebener Stelle erweitert. Trotz reichlicher Atropindosen bleibt die Pupille fernerhin unverändert. Die Iris verdickt sich und zeigt verwaschene Zeichnung. Die Spannung bleibt herabgesetzt. Keinerlei Schmerzen, auch nicht bei Betastung, werden angegeben. Die Funktion verschlechtert sich. Es werden jeden zweiten Tag subconjunctivale Kochsalzinjektionen gemacht.

In der dritten Woche keine wesentliche Aenderung. Die Spannung bleibt immer noch nieder. Die Wunde ist geschlossen, jedoch im Bereich der Conjunctiva ganz leicht vorgewölbt. Das Exsudat in der trotz reichlicher Atropinanwendung nicht erweiterten Pupille bleibt unverändert. Das Irisgewebe ist verschwommener.

Die Funktion wird schlechter. Projektion ganz unsicher. Injektion des Bulbus mässig.

Diagnose: schleichende Iritis und Cyclitis, wahrscheinlich Netzhautabhebung.

Enucleation wird dringend angeraten. Die Patientin will aber ihre Entscheidung von der Zustimmung der Eltern abhängig machen, die brieflich eingeholt werden soll.

In der vierten Woche bleibt sich der Zustand im wesentlichen gleich. Die Injektion bleibt bestehen, nimmt eher noch etwas zu. Die Funktion verschlechtert sich noch weiter. Die vordere Kammer flacht sich ab; Spannung nicht mehr herabgesetzt. Das Irisgewebe wird noch verschwommener. Keinerlei Beschwerden ausser vermehrter Thränensekretion.

Am linken Auge sind weder äusserlich noch mit dem Augenspiegel bei wiederholter eingehender Untersuchung objektive Veränderungen nachweisbar. Pupille reagiert prompt. Die Medien sind klar, im Augenhintergrund keine Veränderungen nachzuweisen. Die Funktion ist normal wie vordem und Akkommodationsbeschränkung ist nicht nachzuweisen. —

Am 31. Tage nach der Aufnahme, 39 Tage nach der Verletzung wird von den Eltern nach wiederholtem Drängen die Ein-

willigung zu der Enucleation gegeben. Es findet eine nochmalige Vorstellung der Patientin und eingehende Besprechung des Falles in der Klinik statt.

Klinische Diagnose und Besprechung: Perforierende Verletzung des rechten Bulbus in der Cornea und Sclera; daran sich anschliessende schleichende Iridocyclitis. Keine Zeichen einer sympathischen Erkrankung des linken Auges. Mit Rücksicht auf den objektiven Befund am verletzten rechten Auge ist die Herstellung auch nur eines geringen Restes von Sehvermögen fast sicher ausgeschlossen. Die Gefahr einer sympathischen Erkrankung des zweiten Auges besteht ohne Enucleation des verletzten Auges in hohem Masse fort, da dieselbe durch den sehr schleichenden Verlauf der Erkrankung des rechten Auges, mit dem erst verhältnismässig spät sicher zu erkennenden Zeichen einer auf Infektion beruhenden Iridocyclitis nach den Erfahrungen der Tübinger Klinik nicht verringert wird. Ob aber im vorliegenden Falle das zweite Auge wirklich bei Unterlassung der Enucleation, die ein fast sicheres Schutzmittel gegen die Erkrankung des zweiten Auges bietet, erkranken würde, hiefür haben wir keinerlei Anhaltspunkte.

In der Chloroformnarkose wird das Auge von einem Assistenten der Klinik enucleiert. Die Augapfelwunde platzt bei der Operation. Ein ca. $^1/_2$ cm langes Stück Opticus wird mit dem Bulbus entfernt. Die Blutung ist sehr gering. Es wird ein gewöhnlicher Verband angelegt. Der enucleierte Bulbus wird zur makroskopischen Demonstration verwendet. Es fand sich die Cornea ohne makroskopische Veränderung. Iritis. Dünnes Pupillarexsudat, ringförmige hintere Synechie. Defekt in der Iris und im Ciliarkörper. Auf der hinteren Irisfläche etwas Trübung. Glaskörper verflüssigt, mit trüben und blutigen Flocken; teilweise Netzhautablösung. Auf dem Ciliarkörper finden sich in der Nähe der Wunde deutliche trübe Auflagerungen. Chorioidea und Opticus zeigen keine makroskopischen Veränderungen.

Mit Rücksicht auf den weiteren Verlauf des Krankheitfalles ist es in hohem Masse bedauerlich, dass das Präparat nicht für eine eingehende mikroskopische und bakterielle Untersuchung aufbewahrt wurde.

Die Heilung verläuft durchaus normal, ganz geringe Sekretion.

Am dritten Tage nach der Enucleation konnte eine Untersuchung des linken Auges keinerlei Veränderung konstatieren.

Dagegen fanden sich bei einer **6** Tage nach der Enucleation

Abends, **45** Tage nach der Verletzung vorgenommenen eingehenden Untersuchung der für den folgenden Tag zur Entlassung aus der Klinik bestimmten Patientin, bei der die Funktionsprüfung das frühere Resultat ergab, auf der hinteren Hornhautfläche sehr zahlreiche ganz feine Präcipitate, ebenso einzelne auf der vorderen Fläche der Linse und nach unten eine feine Unregelmässigkeit am Pupillarrand, Auflagerung eines punktförmigen Exsudats, und hintere Synechie (?). Am Bulbus war keine Injektion nachzuweisen. Beschwerden, Lichtscheu, Schmerzen, Reizerscheinungen irgend welcher Art fehlen vollständig, das sofort angewendete Atropin ergab nach circa $^1/_4$ Stunde maximal weite Pupille. An Stelle der Unregelmässigkeit am Pupillarrand auf der vorderen Linsenkapsel ein braunes Pünktchen. Augenhintergrund zeigt keinerlei Veränderungen. Die Medien sind klar. Von Neuritis ist nichts zu erkennen.

Am folgenden Tag morgens wurde eine wiederholte eingehende Untersuchung vorgenommen.

Sehschärfe bei maximal weiter Pupille $= \frac{5}{5}$.

Keinerlei subjektive Reizerscheinungen lassen sich feststellen. Lichtscheu fehlt. Objektiv keine conjunctivale oder ciliare Injection. Auf der Hornhauthinterfläche besonders im unteren Teil zahlreiche ganz feine punktförmige Präcipitate, ebensolche auf der vorderen Linsenfläche; entsprechend der Lage des Randes der mittelweiten Pupille zwei etwas grössere Präcipitate.

Im umgekehrten Bild ergaben sich nirgends Anomalien im Augengrund. Papille und Maculagegend sind absolut normal, insbesondere nicht von früher verschieden. Mit lichtschwachem Planspiegel und Spiegellupe sind keine Trübungen des Glaskörpers zu erkennen. Im aufrechten Bild ergiebt sich geringe Hyperopie (0,5 D.). Die Papillengrenzen sind scharf, nicht getrübt, nur nach oben hin ist die Contur ganz leicht bedeckt, die aber ebensowenig als pathologisch zu bezeichnen ist, wie eine leichte streifige Trübung der Retina. Die Spannung des Bulbus ist normal.

Eine eingehende und sorgfältige Untersuchung des Allgemeinzustandes ergiebt speziell an Lungen und Herz nichts Abnormes. Temperatur und Puls sind normal, Appetit und Verdauung gleichfalls ungestört. Im Urin ist kein Eiweiss und kein Zucker nachzuweisen. Die dunkelblonde Patientin ist etwas schmächtig gebaut. Am rechten Mundwinkel sind 3 kleine Bläschen von Herpes labialis seit gestern aufgetreten. Von Erkrankungen an Tuberculose oder Lues in der Familie ist nichts zu eruieren.

Diagnose: Iridocyclitis sympathica (Iritis serosa). —

Die Behandlung bestand in einer energischen diaphoretischen Kur. Jeden zweiten Tag wird sehr ausgiebige Diaphorese durch Trinken von $1^1/_2$ Liter heissen, stark gezuckerten Kamillenthees, in welchem 3 gr Salicylsäure gelöst sind, erzielt. Ausserdem werden in der ersten Zeit jeden 4. Tag subconjunctivale Injektionen von Sublimat (1 : 5000), im Ganzen fünf solcher, gemacht, dazwischen ebensolche Injektionen von Kochsalz 5 %, so dass Patientin jeden zweiten Tag eine Injektion bekommt. Nach der fünften Sublimatinjektion wird mit diesem ausgesetzt, mit Kochsalzinjektionen aber fortgefahren und für später Schmierkur in Aussicht genommen. Die Behandlung wird im ganzen ein Vierteljahr fortgesetzt, wöchentlich 3mal Diaphorese und drei Kochsalzinjektionen angewendet. In den ersten Wochen ist ein feuchter Schlussverband mit kurzen Unterbrechungen angewendet worden. Das Allgemeinbefinden der Patientin und ihr Appetit lassen nichts zu wünschen übrig. Das Körpergewicht nimmt während der Zeit von 8 Wochen stetig zu um 3,5 Kilo, während es im Ganzen eine langsame Zunahme von 4,5 Kilo während der Kur zeigt.

Während der ganzen Zeit zeigte das Auge nie erhöhte Spannung. Atropin wurde nur selten und in kleinen Dosen angewendet, wöchentlich ungefähr 1 Tropfen, da nie Verwachsungen eingetreten waren. Die Wirkung des Atropins dauerte ungefähr ebensolang wie bei einem gesunden Auge. Nie waren Reizerscheinungen aufgetreten. Veränderungen konnten weder in der Cornea noch in der Iris nachgewiesen werden. Die Medien waren dauernd vollständig durchsichtig geblieben, ebenso waren nie Veränderungen am Opticus zu erkennen, die man als Neuritis hätte bezeichnen können. Die Funktion blieb nach allen Richtungen intakt. Sehschärfe, Farbenwahrnehmung und Gesichtsfeld zeigten keine Beschränkung. Während unter der Behandlung in den ersten 8 Tagen nach dem Auftreten der Präcipitate diese auf der hinteren Hornhautfläche sich vermehrten und auch einzelne auf der vorderen Linsenfläche hinzukamen, nahm die Zahl und Grösse derselben bald langsam und allmählich ab, so dass circa $^1/_4$ Jahr nach Beginn der Behandlung selbst bei stärkster Lupenvergrösserung nur noch 3 solcher, ein grösseres und zwei kleinere nachgewiesen werden konnten, die übrigen aber spurlos, ohne Zurücklassen von Resten, verschwunden waren. Die Medien waren und blieben übrigens immer klar, was durch die immer wieder unter maximaler

Pupillenerweiterung vorgenommenen Untersuchungen festgestellt werden konnte. Trotz häufiger Untersuchungen konnten zum erstenmal circa 10 Wochen nach Beginn der sympathischen Erkrankung in der äussersten Peripherie nach aussen zwei kleine dunkle chorioiditische Herde, die in einer gräulichen Trübung in einer Gefässgabelung liegen, nachgewiesen werden, und in deren Nähe noch ein weiterer sehr kleiner chorioiditischer Herd. Dass sie den früheren häufigen Untersuchungen entgangen wären, ist nicht wahrscheinlich, kann aber nicht bestritten werden. Zweifellos handelt es sich um isolierte, nicht abgelaufene, umschriebene chorioiditische Herde.

Neuerdings vorgenommenes Absuchen des Augengrunds ergab keine weiteren Herd- oder diffuse Erkrankungen, auch genaue Funktionsprüfungen ergaben keinen Defekt.

In der folgenden Zeit verschwanden auch die letzten Präcipitate spurlos und genau nach 6 Monaten nach dem Auftreten der Iritis serosa ergaben sich ausser den 3 kleinen chorioiditischen Herden in der äussersten Peripherie, an welchen die umgebende Trübung verschwunden war, keinerlei nachweisbare Abweichungen von normalem Befund. Ebensowenig waren irgend welche Funktionsstörungen nachzuweisen. Sehschärfe $= \frac{5}{4} - \frac{5}{3}$. Jäger Nr. 1 wird auf 8 cm geläufig gelesen.

Die Anfangs in Aussicht genommene Schmierkur ist nicht zur Anwendung gekommen.

Dieser Zustand hat sich bis jetzt ein Jahr lang unverändert gehalten. Eine vorgenommene Untersuchung konnte das genannte Resultat bestätigen.

Schlussdiagnose: Iridocyclitis (Iritis, Uveitis serosa) sympathica sanata.

Epikrise:

Zunächst möge die Diagnose „sympathische Erkrankung“ in unserem Falle eingehender besprochen werden.

Die Diagnose der sympathischen Erkrankung ist, da diese keine pathognomonischen Kennzeichen besitzt, immer eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Ueber das Vorhandensein einer Iritis serosa am linken Auge 8 Tage nach der Enucleation des nach Verletzung durch schleichende Iridocyclitis zu Grunde gegangenen rechten Auges kann nach dem Befund ein Zweifel nicht bestehen.

Der Zeitraum zwischen der Erkrankung des sympathisierten und der Verletzung des sympathisierenden Auges beträgt 45 Tage; somit fällt der Beginn der Erkrankung in die Zeit, in welcher (4—8 Wochen [6—12 Wochen Schirmer]) die grösste Gefahr für die Entstehung derselben vorhanden ist, d. h. erfahrungsgemäss am häufigsten die sympathische Affektion auftritt.

Obwohl eine mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des enucleierten Auges fehlt, kann gegen die Diagnose einer auf Infektion (gelegentlich der perforierenden Verletzung, oder nach derselben) zurückzuführenden, sehr langsam und schleichend verlaufenden Iridocyclitis ein Einwand nicht erhoben werden. Ohne Zweifel hätte eine solche eingehende mikroskopische Untersuchung diese durch den klinischen Verlauf und den makroskopischen Befund gegebene Diagnose bestätigt. Die bakterielle Untersuchung hätte wohl ein negatives Resultat ergeben.

Die von manchen als besonders gefährlich bezeichnete Verletzung der Gegend des Ciliarkörpers mit Vorfall von Teilen des Uvealtraktus und anfänglicher Einheilung desselben in die Wunde fand sich auch in unserem Falle: die Heilung der Verletzung, die anfangs reaktionslos vor sich zu gehen schien, war keine glatte, vielmehr schloss sich eine ganz langsam und schleichend verlaufende Entzündung an.

Die Erkrankung des sympathisierten Auges, die als eine Iritis (Uveitis) serosa zu bezeichnen ist, gehört zu den selteneren Formen der sympathischen Erkrankung, die, wenn zu derselben nicht eine fibrinöse Exsudation hinzukommt, eine günstige Prognose giebt. Unser Fall stellt noch eine besonders leichte Form dieser Erkrankung dar. Die bei der ersten Untersuchung festgestellte Unregelmässigkeit am Pupillarrand, die anfänglich für eine hintere Synechie gehalten wurde und für die Prognose sehr in Betracht gekommen wäre, hat sich bei Atropinanwendung als solche nicht bestätigt, sondern als ein nicht fibrinöses Exsudat am Pupillarrand von derselben Beschaffenheit, wie die Präcipitate auf der hinteren Cornealfläche und auf der vorderen Linsenfläche ergeben, deren Vorhandensein durch die Untersuchung im durchfallenden Licht und durch Lupenuntersuchung festgestellt wurde.

Die Frage, ob die Iritis serosa in unserem Fall als das Symptom einer anderen Erkrankung, speziell einer Allgemeinerkrankung anzusehen ist, ist zu verneinen und zwar erstens, weil weder die Anamnese noch auch die wiederholte sorgfältige Untersuchung

des übrigen Körperzustandes einen Anhaltspunkt hiefür ergab. Sodann kann ich entgegen der früheren Ansicht, nach welcher gerade in dem ungünstigen Verlauf ein die Diagnose der sympathischen Erkrankung bestätigendes Moment gesehen wurde, in Uebereinstimmung mit Schirmer, der auch bei der reinen Uveitis serosa, zu welcher keine fibrinöse Exsudation hinzukommt, die Prognose als absolut günstig bezeichnet, in dem günstigen Verlauf nur ein die Diagnose stützendes Moment erkennen, da die anderen Formen von Iritis (Uveitis) serosa in der Regel längere Zeit dauern. Damit dass zu den Veränderungen im vorderen Abschnitt des Bulbus noch cirkumskripte Erkrankungen der Chorioidea hinzutreten, als welche die beschriebenen Herde in der Gegend des Aequators zweifellos aufzufassen sind, wird nur in unserem Falle die bisherige Erfahrung bestätigt, dass die sympathische Entzündung in der Regel nicht auf die Iris beschränkt bleibt. Will man die sogenannte Iritis serosa mit Fuchs als Cyclitis ansehen, so wäre die Beteiligung des ganzen Uvealtractus an der Erkrankung auch in unserem Falle nachgewiesen. Hervorzuheben wäre hier nochmals, dass während des ganzen Krankheitsverlaufs nie Glaskörpertrübungen trotz häufiger sorgfältiger Untersuchung festgestellt werden konnten.

Ungewöhnlich, d. h. zu den ganz seltenen Fällen gehörend, ist der rasche günstige Verlauf und die ohne Recidive eintretende Heilung, welche wohl, da ein Jahr seit derselben vorübergegangen ist, als dauernde bezeichnet werden kann.

So ist auszusprechen, dass alle von Schirmer aufgestellten Bedingungen für die Diagnose der sympathischen Erkrankung in wünschenswerter Weise erfüllt sind und eine andere Aetiologie der Erkrankung mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann.

Die in prophylaktischer Absicht vorgenommene Enucleation des verletzten sympathisierenden Auges hat in unserem Fall die in Aussicht genommene Wirkung nicht gehabt. Derselbe reiht sich also den nicht allzuhäufig vorkommenden Fällen an, in welchen die Erkrankung trotz der vorgenommenen Enucleation nach derselben ausbricht. Schirmer hat diese Fälle einer kritischen Untersuchung unterzogen und kommt dabei zu dem Resultat, dass in diesen Fällen die sympathische Erkrankung auffallend leicht verläuft, indem er unter 30 von ihm zusammengestellten Fällen nicht weniger als 87% Heilungen feststellen konnte. Unser Fall be-

stätigt also diese schon früher gemachte Aufstellung zweifellos.

Auch der Annahme einer günstigen Wirkung der Enucleation. in diesen seltenen Fällen widerspricht unsere Beobachtung keineswegs. Die Ansicht, dass sich dieser günstige Einfluss in unserem Fall besonders geltend gemacht habe, möchte ich sogar bestimmt aussprechen, da der ganze Verlauf der Erkrankung dieselbe als eine ungewöhnlich leichte dargelegt hat.

Von einer nachteiligen Wirkung der Enucleation kann ebensowenig die Rede sein, als ich es für sicher ausgeschlossen betrachte, dass die Enucleation die Entstehung der sympathischen Erkrankung herbeigeführt oder begünstigt hat. Ueber letzteren Punkt klärt uns ja mit aller Bestimmtheit die kurze Zeit bis zur Feststellung der ersten Symptome der Erkrankung auf. Bei der 6 Tage nach der Enucleation vorgenommenen Untersuchung ist das erste Zeichen der Erkrankung beobachtet worden. Möglicherweise konnten dieselben aber auch schon 1—2 Tage vorher vorhanden gewesen sein, da die der entscheidenden Untersuchung vorangegangene 3 Tage nach der Operation stattfand, wobei sie ebenso wenig als bei der unmittelbar vor der Enucleation vorgenommenen übersehen werden konnten. Diese kurze Zeit von längstens 6 Tagen zwischen Operation und ersten Symptomen der Erkrankung lässt die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs derselben mit Bestimmtheit ausschliessen. „Das kürzeste mit Sicherheit beobachtete Intervall beträgt 14 Tage“ nach Schirmer; Manthner setzt es auf 4 Wochen fest.

Wir müssen es aber aussprechen, dass die Erkrankung sehr wahrscheinlich hätte verhütet werden können, wenn die Enucleation zeitiger, d. h. nach dem das Schicksal des verletzten Auges entschieden war, gemacht worden wäre.

Auf eine weitere Erörterung dieser speziellen Frage ebenso der Behandlung des verletzten Auges sei hier verzichtet. Dagegen möge noch in Kürze auf die in unserem Falle angewandte Behandlung der sympathischen Erkrankung eingegangen werden.

Neben einer sorgfältig durchgeführten zweckmässigen Ernährung, deren Erfolg durch die Gewichtszunahme der Patientin erwiesen ist, und neben dem feuchten Verband, der ausser Abhaltung des Lichtes auch die Indikation der Anwendung der feuchten Wärme ebensogut wie warme Ueberschläge erfüllt, ist die fortgesetzte Anwendung von Atropin, das nie irgend welche Nachteile bewirkte, wie schon oben hervorgehoben nur mit Vorsicht und in

kleinen Dosen unter stetiger sorgfältiger Kontrolle der Spannung gemacht worden. Zu der lange Zeit fortgesetzten energischen Diaphorese mit Salicylsäure haben die häufig sehr günstigen Erfahrungen bei anderen Fällen von Uveitis serosa Veranlassung gegeben. Dagegen ist zu einer Schmierkur, die erfahrungsgemäss in ähnlichen Fällen vortreffliche Resultate aufweist, wegen des befriedigenden Verlaufs und der fortschreitenden Besserung nicht gegriffen worden, obwohl sie anfangs in Aussicht genommen war.

Den sehr zahlreichen subconjunctivalen Injektionen, anfänglich von Sublimat, später von Kochsalz, möchte ebenfalls das Wort geredet werden, da auch diese zweifellos wirksam mit grossem Nutzen angewendet wurden.

Ob freilich bei dem ausgesprochen leichten Verlauf der Erkrankung nicht auch ohne die Anwendung der genannten Mittel ein glücklicher Ausgang bei ausschliesslicher Abhaltung äusserer Schädlichkeiten und passendem diätetischem Verhalten erzielt worden wäre, soll hier nicht erörtert werden. —

Auf die Wiedergabe litterarischer Notizen bei der Epikrise unseres Falles ist mit Rücksicht auf die neueste Arbeit über sympathische Augenerkrankung Schirmer's und dessen Litteraturverzeichnis mit Absicht verzichtet worden. Die Beschreibung des Falls allein schien mir trotz der sehr wesentlichen Lücke der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung des sympathisierenden Auges der Veröffentlichung wert.

Zum Schlusse komme ich noch der angenehmen Pflicht nach, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Schleich, meinen herzlichsten Dank auszusprechen für die Ueberlassung der Krankengeschichte und für die überaus liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung meiner Arbeit.

Lebenslauf.

Ich, Otto Henke, Sohn des Professors der Anatomie in Tübingen Wilhelm Henke, evangelischer Konfession wurde geboren am 9. Februar 1876 in Tübingen. Ich besuchte die Gymnasien in Tübingen, Stuttgart, Hall und Cannstatt und bestand das Abiturientenexamen im Herbst 1895. Ich widmete mich dem Studium der Medicin in Tübingen und genügte meiner Dienstpflicht mit der Waffe im Sommer 1896 beim Inf.-Reg. Kaiser Friedrich König von Preussen (7. württ. Nr. 125). Herbst 1897 bestand ich das tentamen physicum und studierte darauf 1 Semester in München. Darauf setzte ich in Tübingen das Studium fort und war im Winter-Semester 1898/99 als Assistent in der chirurgischen Klinik in Tübingen thätig. Am 14. Mai 1901 beendete ich das Staatsexamen und am 21. Mai die Promotionsprüfung. Seit 1. Juni diene ich als Einjährig-Freiwilliger Arzt beim Ulanen-Reg. König Wilhelm I (2. württ. Nr. 20) in Ludwigsburg.